FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

HEMORRAGIA PUERPERAL

SECUNDARIA

TESIS INAUGURAL

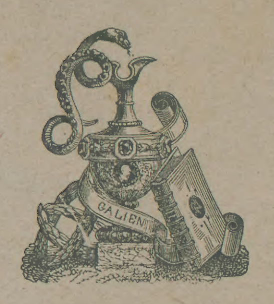
QUE

PARA EL EXAMEN DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA, PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

EL ALUMNO

MANUEL NARRO

Practicante encargado
del Departamento de Maternidad.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON,

Calle de Lerdo Número 2.

1886

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

HEMORRAGIA PUERPERAL SECUNDARIA.

TESIS INAUGURAL

DE

MANUEL NARRO

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA

HEMORRAGIA PUERPERAL

SECUNDARIA

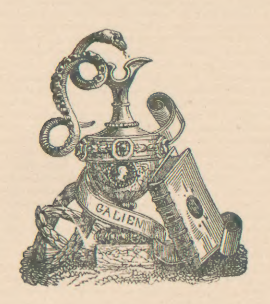
TESIS INAUGURAL

QUE
PARA EL EXAMEN DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA, PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

EL ALUMNO

MANUEL NARRO

Practicante encargado
del Departamento de Maternidad



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON,

Calle de Lerdo Número 2.

1886

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI PADRE

A MI ADORADA MADRE

TRIBUTO DE AMOR FILIAL.

AL SEÑOR PROFESOR DE OBSTETRICIA

DOCTOR MANUEL GUTIERREZ

Testimonio
de gratitud de su discípulo agradecido.

AL SR. DR. RAMON F. PACHECO

Recuerdo de cariño y respeto.

Il ne faut laisser personne mourir d'hémorrhagie.

R. Barnes.

El bello ideal á que todo médico digno debe aspirar en su penosa carrera, ha de ser llegar á realizar el aforismo anterior. Indudablemente no hay azote más temible para la mujer, que las hemorragias que acompañan ó siguen al parto; y aunque son numerosos los trabajos que se han escrito sobre el particular, me parece que la mayor parte dejan todavía mucho que desear en resultados prácticos.

Desgraciadamente no son poco comunes las hemorragias que vienen en el puerperio; pero sea porque no infunden alarma en el momento de su producción, ó porque se les da poca importan-

cia, es el caso que la generalidad de los médicos se creen con bastantes recursos para dominarlas.

He tomado este punto de estudio porque he creido podría ser ventajoso el dar á conocer los errores en que se han visto muchas generaciones médicas. Comprendo su imperfección, y lejos de abrigar la idea de creerlo original, confieso no tener otro objeto que llamar la atención de personas competentes para que lo ilustren con sus conocimientos.

Voy á dividir el estudio de las hemorragias secundarias en tres partes, para su desarrollo. En la primera me ocuparé de las causas más comunes que les dan origen; en la segunda, de la manera de diagnosticarlas; y en la última de los medios que posee la ciencia para corregirlas.

Sin faltar á la exactitud, he querido simplificar la descripción, despojándola de todo lo inútil y superfluo, é indicando algunos errores que se han cometido por falta de cuidado en la observación.

Aprovecho esta oportunidad para hacer pública manifestación de la gratitud que debo á mis maestros, y el inmenso cariño que abrigo por mis buenos compañeros.

Etiología.

Las hemorragias post-partum pueden sobrevenir desde las pocas horas que siguen á la expulsión de las secundinas, hasta la duración del puerperio (tiempo que dilata el útero en sufrir su involución) que se considera comunmente como de cuarenta dias. Reconocen en su producción causas locales, generales, predisponentes y ocasionales.

Causas locales. —Las causas locales generalmente obran de un modo inmediato, alterando la estructura de la matriz ó modificando sus propiedades. Las principales son las siguientes:

1ª La retención de restos de placenta, membranas ó coágulos que han quedado en la cavidad de la matriz.

2ª La escoriación, desgarradura ó ulceración del cuello del útero.

3ª El trombus del canal vulvo–uterino.

4ª Los fibromas y pólipos que se desarrollan en sus paredes.

5ª La inversión y retro–flexión uterinas.

6ª La inercia de la matriz.

7ª La metritis.

Algunas causas locales como los aneurismas varicosos de las paredes uterinas se llegan á presentar, pero rara vez. La retención de orina y materias fecales se ha considerado como dando lugar á hemorragias puerperales.

a. *Retención de restos de placenta, membranas ó coágulos.* Con bastante frecuencia se ve en la práctica la retención de restos de placenta, coágulos ó membranas, mantener por mucho tiempo un escurrimiento sanguíneo en las puérperas. Cuando no se ha tenido cuidado de examinar detenidamente la placenta y las membranas en el momento de su expulsión, para asegurarse de que han salido completas, cuando á pesar de su integridad, hay coágulos que llenan la cavidad y distienden el útero mecánicamente, se produce la hemorragia de dos maneras: primera, irritando

las paredes del útero por los restos que han quedado, se provoca un aflujo sanguíneo más considerable; segunda, debido al mismo aflujo se relajan las fibras y dejan abiertos los senos y vasos que dan salida á la sangre. En algunos casos se observa esta hemorragia á las pocas horas del parto, pero en otros, cuando el elemento que obra como cuerpo extraño es muy pequeño, no se produce sino hasta los siete ú ocho dias, porque el útero, siguiendo la marcha normal de su involución, hasta entonces llega á ponerse en su contacto y sufrir su influencia.

b. *La escoriación, desgarradura ó ulceración del cuello.* Aunque el útero esté bien retraido, persiste el escurrimiento porque no tienen acción las fibras del cuerpo para cerrar el cuello: dicho escurrimiento las más veces es insignificante porque son pequeñas las lesiones; pero cuando llega á comprender hasta el segmento inferior, como sucede en algunas operaciones, la hemorragia se hace con abundancia.

c. *Trombus vulvo-uterino.* Esta afección produce á veces hemorragias mortales cuando se ulcera ó gangrena su superficie y adquiere grandes dimensiones, ó cuando, aunque pequeño comuni-

ca con un vaso de importancia: los trombus de la última clase son los más comunes y pasan desapercibidos no dando lugar sino á hemorragias ligeras.

d. *Los fibromas* y *pólipos uterinos.*—Además de exponer á la inercia parcial de la matriz y á la desgarradura de su pared en el lugar de implantación, obran como cuerpos extraños provocando una congestión constante hacia el órgano; de ahí la hemorragia por gangrena ó ulceración del mismo tumor, por su naturaleza bastante sanguíneo.

e. *La inversión y retro-flexión uterinas.*—En cuanto á la primera puede ser parcial, del fondo de la matriz, debida á enérgicas tracciones que se han hecho del cordón cuando la placenta está muy adherida; la total ó completa sólo se observa cuando hay inercia ó pólipos. La retro-flexión casi siempre es anterior al parto, pero en el caso de que le suceda no se puede explicar de otro modo la producción de la hemorragia que por la retención de los loquios que distendiendo el útero abre sus vasos.

f. *La inercia del útero.*—Es el accidente que acompaña casi siempre á los estados generales graves y á las alteraciones locales del útero. Vie-

ne como lo he dicho ya antes, por congestión paralítica de los vasos que distienden mecánicamente el órgano, como en el caso de cuerpos extraños en la cavidad, ó por alteraciones de las paredes cuando existen fibromas ú otros tumores.

g. *Endometritis.*—Esta causa la he observado con bastante frecuencia en la casa de Maternidad, debida casi siempre á la acción de sentarse las puérperas muy pronto, antes que el útero descienda á la excavación pélvica. Como se acompaña de fenómenos generales y de hemorragia aun en el tiempo en que los loquios son purulentos, me ha parecido que puede llamarse endometritis metrorrágica.

Causas generales. —Podrían muy bien llamarse predisponentes. Las más frecuentes son la anemia, la albuminuria, la hemofilia, el impaludismo, etc.

No puede explicarse su acción de otra manera que por el estado seroso de la sangre, que se opone á la formación de coágulos que obliteren los vasos uterinos.

Causas ocasionales. —La mayor parte de estas causas se toman como pretextos fútiles de las hemorragias secundarias, pero no es cierto que

merezcan tal nombre, pues las emociones, sustos, el coito, la abundancia ó impropiedad de los alimentos, etc., son medios poderosos para su desarrollo, que coexisten algunas veces con lesiones locales como ulceración del cuello, metritis que han pasado desapercibidas para el médico que asiste á la enferma ó para la partera que diariamente le hace su aseo.

Sintomatología.

LAS hemorragias secundarias se presentan en la mayoría de las enfermas sin dolor ni molestia; comienzan por un escurrimiento sanguinolento ó sero-sanguinolento poco abundante, que no se acompaña de los fenómenos generales de las hemorragias graves.

I. En el caso de retención de membranas, restos de placenta ó coágulos, se encuentra el útero voluminoso, sensible á la presión, el escurrimiento es fétido y viene ó alterna con la hemorragia; ésta se presenta generalmente á los ocho dias, porque como ya dije al hablar de las causas, hasta esa épo-

ca siguiendo su involución normal el útero, se pone en contacto con aquellos elementos que obran como cuerpos extraños. Además de los síntomas locales que suministra la palpación, hay fenómenos generales que los acompañan; como manifestaciones de la septicemia, existe un color amarillento de la cara con rubicundeces bruscas, calosfrío intenso, pulso rápido que llega á 130 por minuto, aliento fétido, olor semejante al de los loquios pútridos, traspiración penosa, alternando con calor en la piel, vómitos y postración general.

II. La ruptura del cuello del útero, de la vagina y el perineo, es un accidente que por desgracia abunda en nuestras mujeres por la conformación especial y las dimensiones exíguas de los órganos genitales. Respecto al cuello siempre se rompe, aunque poco, en el parto, pues es nada menos el signo que se conserva para distinguir las multíparas de las nulíparas; pero como he dicho, siempre es pequeña la rotura, se limita á la porción infra-vaginal del cuello, y por este motivo no da lugar á hemorragia sino en caso de que se encuentre degenerado su tejido. Sin embargo, puede existir una ruptura que comprenda hasta la pared del segmento inferior del útero, cuando se ha

forzado la entrada con la mano ó con instrumentos; entonces se reconoce del modo siguiente: en primer lugar hay un escurrimiento constante de sangre roja por los órganos genitales, que aunque poco abundante, no deja de aparecer por varios dias, acompañado de la retracción completa de la matriz que ofrece sus dimensiones normales, conformes al tiempo que lleva de su desarrollo, lo que puede comprobarse con el histerómetro; por el tacto cuidadoso se puede encontrar la solución de continuidad en el cuello, y en caso de duda el reconocimiento con el espejo aclara la cuestión.

Las lesiones de la vagina y el perineo presentan iguales síntomas que las del cuello, pero son más fáciles de descubrir aun á la simple vista.

Hay hemorragias debidas á la ulceración é hipertrofia del cuello del útero, que no temo el asegurar sean las más comunes en la práctica; en efecto, ya sea por la causa ocasional más insignificante, el levantarse antes que el útero se haya perdido en la excavación ó cualquiera otra, la enferma pierde constantemente cantidades de sangre roja sobre las que no tiene influencia el tratamiento común por el cuernecillo, y sólo hasta que se explora el canal se encuentra la verdade-

ra causa, el cuello aumentado de volumen, rojo y algo entreabierto, con sus labios ulcerados total ó parcialmente, y sangrantes al menor contacto.

III. Entre los accidentes más temibles que dan lugar á hemorragias secundarias, deben tenerse presentes los trombus, ya se desarrollen en el cuello, la vagina ó la vulva; comunmente se forman con rapidez y dan lugar á un dolor agudo que aumenta de intensidad á medida que el trombus crece; se reconoce por la exploración de la enferma un tumor liso, de color púrpura ó azul oscuro, sensible á la presión, duro cuando está formado de sangre coagulada, ó fluctuante cuando ésta es líquida: dicho tumor ocupa todo el canal cuando es considerable, é impide el escurrimiento de los loquios, y á veces hasta la expulsión de la orina y las materias fecales; pero si es de medianas dimensiones, se puede limitar con el dedo y conocer su implantación. La escoriación de los trombus pequeños produce hemorragias ligeras que pasan desapercibidas para la enferma y el médico; no sucede lo mismo cuando deja abierto un vaso importante la ruptura de un trombus de dimensiones considerables, la enferma perece entonces de la hemorragia en unas cuantas horas.

IV. Muy difícil es de conocer la hemorragia cuando depende de un fibroma ó de un pólipo pequeños; en estos casos el útero queda grande, su cavidad presenta obstáculos al cateterismo por la presencia del tumor. Si es más considerable, se puede tocar con el dedo á través del cuello; por la palpación se sienten las desigualdades de la pared anterior del útero cuando el tumor ocupa este lugar; á veces está situado en la capa media y se extiende hacia el cuello, deformándolo. Los pólipos, como los fibromas, producen dolores expulsivos; á veces los primeros son expulsados con el feto, y se reconocen por su aspecto oscuro distinto del color rojo propio de la matriz, por su superficie enteramente lisa y por la falta de hemorragia en dicha superficie, caracteres también diferenciales con la inversión de la matriz.

V. Esta última se acompaña de un dolor muy vivo cuando es total, se presenta bajo la forma de un tumor rojizo, redondo, con las señales de la inserción placentaria, y dejando escurrir una cantidad de sangre bastante abundante: además por la palpación profunda del hipogastrio se nota la falta absoluta del útero en la pelvis, lo que se comprueba por el tacto rectal; cuando la inver-

sión es parcial, se encuentra la depresión correspondiente por el examen del vientre, y por el tacto se puede reconocer que el fondo ó una de las paredes del útero están invertidos.

VI. La retro-flexión da lugar á constipación; el cuello se encuentra detrás del pubis, el fondo posterior de la vagina está borrado y tenso; por el tacto rectal se toca el útero que forma un tumor redondo, fácil de desalojarse hacia arriba y adelante; el cateterismo da un signo importante de esta desviación, no puede dirigirse el histerómetro sino con dificultad hacia abajo y atrás para lograr su introducción.

VII. La inercia uterina tiene caracteres propios que la distinguen de cualquiera otra afección del órgano; puede ser parcial ó total; en el primer caso se nota la flaxidez limitada de las paredes del útero correspondiente al punto donde existe la inercia, y el resto conserva la dureza característica normal; en la total se encuentra el útero voluminoso, á veces sube hasta la cicatriz umbical, presenta salientes duras y móviles á la palpación, sus paredes sumamente fláxidas pueden plegarse, y en algunos casos no se sienten ni se pueden distinguir, no hay tumor duro ni globu-

loso; con estos signos bien manifiestos, podría asegurarse la existencia de la atonía completa; el cuello dilatado deja penetrar fácilmente á la cavidad que está llena de coágulos; cuando el útero se ha distendido considerablemente por una hemorragia interna, tiene contracciones intermitentes que rechazan la sangre ó los coágulos, alternando con relajamientos completos que le dan importancia para diagnosticar la atonía. A estos signos locales se acompañan los generales de toda hemorragia interna: malestar general, oscurecimiento de la vista, enfriamiento de las extremidades, pulso pequeño, débil y frecuente, respiración penosa, bostezos, debilitamiento general, etc.

VIII. Hay hemorragias que según refieren algunos autores, reconocen por causa el impaludismo y se presentan con el carácter intermitente. No he observado esta variedad de hemorragia, pero ni creo haya explicación satisfactoria todavía del mecanismo de su producción, y si bien es cierto pueden ceder á un tratamiento anti-periódico, no es esto bastante para creer en su origen sino que pueden estar ligados á una manifestación septicémica.

IX. Las metritis son fáciles de reconocer por

la elevación de temperatura que las acompaña, por la sensibilidad que manifiesta el útero á la palpación, su gran desarrollo, su fijeza y el escurrimiento sanguíneo por los órganos genitales.

Diagnóstico.

No hay signo que indique previamente que va á venir una hemorragia. La enferma es sorprendida casi siempre por un escurrimiento por los órganos sexuales cuando es externa; pero cuando se hace interna pasa desapercibida para ella y los que la rodean.

Se reconoce la hemorragia tanto interna como externa, por los síntomas locales y los fenómenos generales de que acabo de ocuparme.

Tratamiento.

Cualquiera que sea el método que se emplee para detener una hemorragia uterina, deben observarse las dos reglas siguientes:

1ª Colocar la enferma en el decúbito dorsal.

2ª Vaciar el recto y la vejiga.

I. Si se sospecha con algún fundamento la existencia de membranas, coágulos ó restos de placenta, deberán extraerse con suma prudencia por medio de la mano si el útero lo permite; cuando ya se han hecho varias tentativas y no se ha conseguido penetrar, ni con los dedos, no debe insistirse más, se hacen inyecciones frecuentes con líquidos desinfectantes y algo estípticos.

Varios medios se han recomendado para extraer los grandes restos de placenta que puedan haber quedado adheridos; el profesor Barnes Roberto hace uso del constrictor de alambre, y asegura no alterar por este medio en lo más mínimo las paredes y extraer perfectamente los cotiledo-

nes: algún otro (Pajot) hace muchos encomios de las cucharillas para desprender por la raspa los restos cotiledonarios, pero dichos medios, además de obrar á ciegas sin saber adonde está el cotiledón, no pueden limitar su acción, de suerte que no los creo inocentes y por lo mismo no recomiendo su aplicación en ningún caso.

II. La escoriación, desgarradura ó ulceración del cuello, ceden las más veces á cauterizaciones con percloruro de fierro concentrado, con lápiz de nitrato de plata ó tintura de yodo, etc.: cuando son líquidos los cáusticos se hace uso de una bolita de hilas embebida en la solución que se aplica por medio del espejo y las pinzas, teniendo cuidado de mantenerlo en el lugar con un tapón y extraerlo pocas horas después, desinfectando luego convenientemente el canal por medio de inyecciones apropiadas.

III. Los trombus que no han adquirido dimensiones considerables, pueden ceder á la aplicación de resolutivos, fomentos de végeto, cataplasmas, etc.; no sucede lo mismo con los grandes trombus que llenan el canal, que pudiendo gangrenarse y dar lugar á hemorragias mortales, se necesita vigilarlos para taponar la vagina y tocar el

lugar de la ulceración con percloruro en el caso de que se verifique dicha ruptura. A veces es necesario abrirlos cuando no ha disminuido su volumen y estorban la salida de los loquios: hay dos puntos para hacer la incisión, el lugar de elección de Velpeau, lo más cerca posible de la vulva, y el lugar de necesidad sobre la parte más delgada que presente. Ya abierto el tumor y detenida la hemorragia, se cura á fondo como una herida común por medio de los desinfectantes.

IV. Los fibromas y pólipos se tratan por medios paliativos y medios quirúrgicos. Los primeros tienen por objeto contener simplemente la hemorragia, y se usan cuando el tumor está en la cavidad; estos medios son el cuernecillo y las cauterizaciones con sustancias cáusticas. Los quirúrgicos consisten en hacer la ablación del tumor: para hacer esta operación se necesitan dos condiciones: 1ª, que el tumor esté pediculizado ó pueda pediculizarse, y 2ª, que no contenga el pedículo vasos de importancia. La operación se hace con el constrictor de Chassaignac, con el aprieta-nudo de Maisonneuve ó con el asa galvano-cáustica, con estos medios se evitan las hemorragias y el poner ligaduras constrictoras en el pedículo, me-

dios de que se hacía uso anteriormente sin éxito alguno ó muy dilatados para obrar.

Si después de la ablación del tumor quedare algún escurrimiento sanguíneo, se deberá tocar la superficie sangrante con percloruro ó el termocauterio.

V. La inversión de la matriz puede depender de un pólipo ó de inercia, tiene varios grados, desde el simple hundimiento del fondo ó las paredes hasta la salida completa entre los labios de la vulva: cuando depende de un pólipo deberá extirparse primero éste para conseguir la reducción con más facilidad; ésta se consigue dejando la mano después de reducida la matriz, en su cavidad, y administrando el cuernecillo hasta lograr la contracción; este medio basta para detener la hemorragia á que puede dar lugar dicha inversión. En el caso de inversión por inercia, sobre todo si es antigua, se aconseja la amputación de la parte invertida, por algunos autores; pero en vista de los peligros que ocasiona, y el perjuicio que produce semejante operación en el estado de la mujer, creo conveniente debe ponerse un punto de interrogación sobre este asunto.

VI. En la retroflexión uterina está indicada la

posición en el decúbito sobre el vientre; el cateterismo del útero con una sonda elástica practicado tres ó cuatro veces al dia; combatir la constipación con lavativas laxantes; reducir el útero por el recto ó la vagina por medio de los dedos, y mantener la reducción con pesarios. Si á pesar de estos medios no se consiguiere detener la hemorragia, recomienda el Dr. R. Barnes barnizar la cavidad con percloruro inmediatamente, y un poco más tarde introducir cada dos dias un pequeño lápiz de sulfato de zinc de 0.gm. 30, con lo que asegura la curación.

VII. En la hemorragia por inercia se usan desde luego los excitantes de la contractilidad del útero: el cuernecillo, la comprensión y el frio; pero si estos medios no dan resultado inmediato, no debe perderse el tiempo en repetirlos, pues ya esto indica que está agotada la excitabilidad nerviosa; se recurrirá entonces á las inyecciones de percloruro de fierro al ¼ que recomienda el Profesor Barnes con tanto entusiasmo cuando dice: «Es ilógico é injusto rehusar á una enferma que va á morir exangüe, el beneficio de un remedio porque puede hacerle mal; es necesario salvarla luego de la muerte. Va á morir si no se emplean los

estípticos. ¿ Por qué decir que pueden hacerle mal más tarde? ¿ Qué mal harían á una muerta?» Me parece aceptable emplear las inyecciones que recomienda el Profesor Barnes, después de haber puesto en práctica los otros medios que tenemos como clásicos, teniendo cuidado de observar la conducta de Fritsch, que consiste en quitar los coágulos á las ocho horas de contenida la hemorragia y hacerle inyecciones frecuentes de líquidos desinfectantes, para evitar la septicemia consecutiva á la absorción de los coágulos descompuestos.

VIII. En el caso de metritis, se aconseja el reposo en el decúbito dorsal, el ungüento napolitano al vientre, el calomel á dosis refracta, y lavativas laudanizadas; con estos medios se consigue ordinariamente ver desaparecer en pocos dias las hemorragias consecutivas á esta afección.

Conclusión.

SE vé por lo expuesto que las causas de las hemorragias secundarias son múltiples, y que por tanto el tratamiento debe ser variable en cada caso, lo cual obligará al médico á hacer un examen detenido de su enferma para llenar de una manera precisa la indicación y no emplear de un modo ciego, por decirlo así, los diversos medios que son recomendados en general para las hemorragias, pues podría suceder que en algunas circunstancias se emplearan algunos que si no podrían llegar á ser perjudiciales, por lo menos serían inútiles.

M. NARRO.

MÉXICO, 15 DE ABRIL DE 1886.

